

WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Division of Medicaid Services
F-16019AS (12/2021)

INSCRIPCIÓN DE FOODSHARE WISCONSIN FOODSHARE WISCONSIN REGISTRATION

INSTRUCCIONES: Si tiene una discapacidad y necesita esta solicitud en un formato alternativo o la necesita traducida a otro idioma, póngase en contacto con su agencia. Para obtener el número de teléfono de su agencia, vaya a www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm o llame a servicios para miembros al 800-362-3002. Los servicios de traducción son gratuitos.

Tiene derecho a presentar su solicitud en cualquier momento. Para fijar su fecha de presentación (la fecha en la que pueden comenzar sus beneficios) debe facilitar al menos su nombre, dirección y firma. A continuación, puede llenar una solicitud completa en línea en access.wi.gov, por correo, por fax, por teléfono o en persona.

Deberá tener una entrevista con su agencia por teléfono o en persona para llenar el resto de su solicitud. Su solicitud se tramitará lo antes posible, pero a más tardar 30 días a partir de la fecha en que su agencia reciba su solicitud.

Puede pedirle a un representante autorizado que llene este formulario por usted. Para designar a un representante autorizado, llene el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: persona, F10126A, o el formulario Nombrar, cambiar o remover a un representante autorizado: organización, F10126B. Esto permitirá que su representante autorizado llene y firme la solicitud por usted. Para obtener este formulario, llame al 800-362-3002 o visite www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.

Si tuvo beneficios de FoodShare que terminaron en los últimos 30 días, es posible que pueda reabrir sus beneficios de FoodShare sin llenar este formulario de inscripción. Póngase en contacto con su agencia para averiguar si puede reabrir sus beneficios de FoodShare sin tener que llenar este formulario o una solicitud.

Nombre del solicitante (apellido, nombre, inicial)		Número de seguro social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Número de teléfono	¿Es usted actualmente una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
FIRMA – Solicitante o Representante Autorizado			Fecha de la firma (mm/dd/aa)

Servicios prioritarios de FoodShare

Si necesita ayuda de inmediato, es posible que pueda obtener los beneficios de FoodShare en un plazo de siete días a partir de la presentación de la solicitud y/o el formulario de inscripción si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Su hogar tiene 100 dólares o menos disponibles en efectivo o en el banco y tendrá menos de 150 dólares de ingresos este mes.
- Su hogar tiene gastos de alquiler, hipoteca o servicios públicos que superan el total de sus ingresos brutos mensuales (dinero en efectivo disponible o en cuentas bancarias) para este mes.
- Su hogar Incluye a un trabajador agrícola migrante o estacional que paró de recibir ingresos.

Responda a las siguientes preguntas para ser considerado para un servicio más rápido.

¿Cuál es el total de ingresos brutos (antes de impuestos u otras deducciones) que su hogar espera recibir este mes?	\$ _____
¿Cuál es el total de activos disponibles de su hogar (por ejemplo, dinero en efectivo, dinero en cuentas corrientes o de ahorro, o una suma global de dinero)?	\$ _____
¿Cuál es la cantidad que su hogar paga en total por la vivienda (por ejemplo, alquiler o hipoteca) este mes?	\$ _____

¿Recibió su hogar los beneficios de FoodShare este mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Recibió su hogar los beneficios del Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP, cupones de alimentos o una transferencia electrónica de los beneficios) en otro estado este mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Vive actualmente en un lugar de refugio para víctimas de violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguien en su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional cuyos ingresos han cesado recientemente y que no espera recibir más de 25 dólares en ingresos en los próximos 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Sí su hogar tiene que pagar los servicios públicos, responda a las siguientes preguntas.

Si paga alquiler, ¿la calefacción está incluida en su alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar y marque "Sí" o "No" si el servicio se utiliza para calentar la vivienda.

	¿Se utiliza para la calefacción?		¿Se utiliza para la calefacción?	
<input type="checkbox"/> Gas (natural)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aceite combustible/ queroseno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Carbón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Gas propano líquido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Marque los servicios públicos que su hogar debe pagar.

<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Alcantarillado	<input type="checkbox"/> Recolección de basura
<input type="checkbox"/> Instalación	<input type="checkbox"/> Recargo por aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Es posible que tenga que proporcionar pruebas de algunas de sus respuestas. Vea la sección "Pruebas necesarias" para una lista de pruebas que puede necesitar darnos.

Envíe las solicitudes y/o pruebas por correo o fax a:

Si usted vive en el condado de Milwaukee: MDPU PO Box 05676 Milwaukee WI 53205	Si usted no vive en el condado de Milwaukee: CDPU PO Box 5234 Janesville, WI 53547-5234
O fax: 888-409-1979	O fax: 855-293-1822

También puede escanear y/o subir cualquier prueba en línea en access.wi.gov.

Si quiere solicitar BadgerCare Plus o Medicaid, puede solicitar estos programas de atención médica en línea en access.wi.gov al mismo tiempo que solicita los beneficios de FoodShare. O puede completar una solicitud de papel para atención médica. Las solicitudes se pueden encontrar en línea en www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/resources.htm contactando a su agencia.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE FOODSHARE WISCONSIN

Esta solicitud es sólo para los beneficios de FoodShare. No es una solicitud para BadgerCare Plus, Family Planning Only Services, Medicaid, Wisconsin Shares, Child Care Subsidy ni para el Wisconsin Works (W-2). Puede solicitar los beneficios de BadgerCare Plus, Medicaid, Family Planning Only Services y ChildCare en línea en access.wi.gov a la misma vez que solicita los beneficios de FoodShare. Debe contactar a su agencia para solicitar para el W-2.

FoodShare es un derecho. Usted no tiene que solicitar para el W-2 u otros programas para poder obtener los beneficios de FoodShare. Los beneficios de FoodShare están disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los hogares con bajos ingresos. Un hogar está generalmente constituido por personas que viven juntas y que comparten los alimentos. La cantidad de beneficios de FoodShare que un hogar recibe se basa en el tamaño, los gastos y los ingresos del hogar. Los beneficios de FoodShare se emiten en una tarjeta QUEST de Wisconsin que se utiliza como una tarjeta de débito en las tiendas de comestibles o mercados de agricultores que aceptan FoodShare.

- Como miembro de FoodShare, usted tiene derechos y responsabilidades. Sus derechos incluyen:
- El derecho a ser notificado de su estado de inscripción dentro de los 30 días siguientes a la solicitud.
 - El derecho a obtener beneficios dentro de siete días si califica para ayuda inmediata.